

Casa di riposo Belvedere di Lari ETS

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome assistito

☐ M

☐ F

Data di nascita Data di compilazione

PATOLOGIE CARDIACHE

Diagnosi:
.....
.....

APPARATO VASCOLARE

Diagnosi:
.....
.....

APPARATO RESPIRATORIO

Diagnosi:
.....
.....

OCCHI/ORL (orecchio, naso gola, laringe)

Diagnosi:
.....
.....

APPARATO DIGERENTE (segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)

Diagnosi:
.....
.....

Casa di riposo Belvedere di Lari ETS

FEGATO

Diagnosi:
.....
.....

RENE ED APPARATO URO-GENITALE

Diagnosi:
.....
.....

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere di decubito)

Diagnosi:
.....
.....

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)

Diagnosi:
.....
.....

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)

Diagnosi:
.....
.....

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

Diagnosi:
.....
.....

Casa di riposo Belvedere di Lari ETS

ALLERGIE

Diagnosi:
.....
.....

ALTRE MALATTIE IN ATTO (SPECIFICARE)

Diagnosi:
.....
.....

ALTRI PROBLEMI CLINICI

DESCRIZIONE	NO	SI	se SI indicare:
DIALISI	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	NO	SI	Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia:
ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
GESTIONE INCONTINENZA	NO	SI	Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
AUSILI PER IL MOVIMENTO	NO	SI	Bastone e/o deambulatore: Carrozzina:

Casa di riposo Belvedere di Lari ETS

PROTESI	NO	SI	Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
INVERSIONE RITMO SONNO-SVEGLIA	NO	SI	Note:
STATO NUTRIZIONALE INSODDISFACENTE	NO	SI	Obesità: Sottopeso:

TERAPIA IN ATTO (specificare farmaco e posologia)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si certifica che l'Ospite.....nat....a.....non è affett....da malattie infettive
contagiose in atto e non presenta turbe psichiche tali da non consentire la vita in comunità.

Recapito telefonico del Medico.....

Timbro e Firma del Medico

.....